

ДО Г-Н ДЕКАНА  
НА ФАКУЛТЕТА ПО ДЕНТАЛНА МЕДИЦИНА  
СОФИЯ

# М О Л Б А

от \_\_\_\_\_

студент(ка) в \_\_\_\_\_ курс, фак. № \_\_\_\_\_ група \_\_\_\_\_

**УВАЖАЕМИ Г-Н ДЕКАН,**

Моля \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

София, \_\_\_\_\_

С уважение: \_\_\_\_\_

ДО Г-Н ДЕКАНА  
НА ФАКУЛТЕТА ПО ДЕНТАЛНА МЕДИЦИНА  
СОФИЯ

# М О Л Б А

от \_\_\_\_\_

студент(ка) в \_\_\_\_\_ курс, фак. № \_\_\_\_\_ група \_\_\_\_\_

**УВАЖАЕМИ Г-Н ДЕКАН,**

Моля да ми бъде издаден документ за:

- \_\_\_\_\_ власти;
- \_\_\_\_\_ банка;
- \_\_\_\_\_ армия
- МВР. Номер на личната карта \_\_\_\_\_, валидна до \_\_\_\_\_

дата на раждане \_\_\_\_\_ в гр. \_\_\_\_\_ държава \_\_\_\_\_

адрес в София \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

София, \_\_\_\_\_

С уважение: \_\_\_\_\_